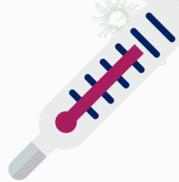


HERRAMIENTA DE DETECCIÓN DE SÍNTOMAS DE COVID-19

¿TIENE ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS QUE NO SEAN PROVOCADOS POR OTRA ENFERMEDAD?



¿FIEBRE O ESCALOFRÍOS?



¿TOS?



¿FATIGA?



¿CONGESTIÓN?



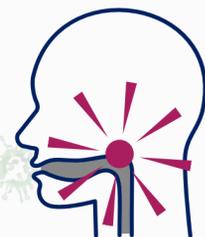
¿DOLORES MUSCULARES O CORPORALES?



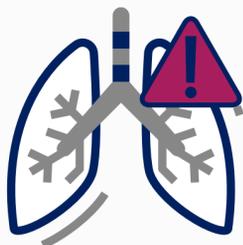
¿DOLOR DE CABEZA?



¿PÉRDIDA RECIENTE DEL GUSTO O DEL OLFATO?



¿DOLOR DE GARGANTA?



¿FALTA DE AIRE O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?



¿NÁUSEAS, VÓMITOS, DIARREA?

SI NO ESTÁ COMPLETAMENTE VACUNADO, ¿HA ESTADO EN CONTACTO CERCANO CON CUALQUIER PERSONA CON COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS? CONTACTO CERCANO ES ESTAR A MENOS DE 6 PIES DURANTE 15 MINUTOS O MÁS EN UN PERIODO DE 24 HORAS CON UNA PERSONA, TENER CONTACTO DIRECTO CON LOS FLUIDOS DE UNA PERSONA CON COVID-19 O SIN USAR MASCARILLA (POR EJEMPLO: TOSIÓ CERCA).

¿HA DADO POSITIVO A LA PRUEBA DE COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 10 DÍAS? ¿ESTÁ ESPERANDO LOS RESULTADOS DE UNA PRUEBA DE COVID-19?

EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS, ¿ALGÚN MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD PÚBLICA LE HA DICHO QUE SE VIGILE, SE AÍSELE O SE PONGA EN CUARENTENA DEBIDO A LA PREOCUPACIÓN POR LA INFECCIÓN POR COVID-19?

¿PUEDE RESPONDER “SÍ” A CUALQUIERA DE ESTAS PREGUNTAS?
POR FAVOR QUÉDESE EN CASA.